

ФУНКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРИ ПАНКРЕАТИТАХ

О. С. Кочнев и Н. В. Федорова

Кафедра хирургии № 2 (зав. — проф. М. С. Сигал) Казанского ГИДУВа имени В. И. Ленина и кафедра нормальной физиологии (зав. — проф. И. Н. Волкова) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова

До настоящего времени система надпочечники — поджелудочная железа остается малоизученной, и в литературе имеются лишь единичные работы, посвященные этому вопросу. Между тем характер взаимосвязи надпочечников и поджелудочной железы имеет немаловажное значение ввиду частого развития коллапсов при остром панкреатите.

Мы определяли нейтральные 17-КС, а также катехоламины (адреналин и норадреналин) в моче за сутки. Определение 17-КС производили в модификации О. М. Уваровской (1956), а катехоламинов по методу, описанному Э. Ш. Матлиной, З. М. Киселевой и И. Э. Сафиевой (1965).

Из 17 больных панкреатитом у 10 содержание 17-КС в моче колебалось от 2,1 до 8,5 мг% и у 7 было значительно повышено (от 17,6 до 41,2 мг%). У 4 из 15 обследованных больных панкреатитом выделение адреналина с мочой было выше нормального (27,80 мкг/сутки), у 9 — значительно понижено (до 1,38 мкг/сутки) и у 2 — нормальное. Наши первые данные свидетельствуют о тенденции к торможению функции надпочечников при панкреатитах. При этом наблюдается более отчетливое торможение мозговой части надпочечника. Однако не следует забывать о случаях усиленной надпочечниковой активности. Поэтому, видимо, и рекомендация в отношении применения гормональных препаратов не может быть стандартной. Назначать их целесообразно, вероятно, на короткие сроки при выраженном торможении гормональной надпочечниковой функции.

Бернард (1957) ставит изменение АД при панкреатитах в зависимость от функциональной активности надпочечников. Очевидно, такая зависимость существует. Например, у больного П. с острым панкреонекрозом, подтвержденным на операции, в послеоперационном периоде наблюдалась стойкая артериальная гипертензия (до 170 мм). Количество же выделенных с суточной мочой катехоламинов было резко повышено (27,80 мкг/сутки адреналина). У больной Б. с острым отеком поджелудочной железы при наличии умеренной артериальной гипотонии выделение адреналина равнялось 1,38 мкг/сутки, т. е. было резко понижено. Можно считать, что циркуляторные расстройства при панкреатитах связаны до некоторой степени с изменением функционального состояния надпочечников. При этом, вероятно, имеется недостаточность не только корковой, но и мозговой части надпочечников. Недавно были выполнены гистохимические исследования надпочечников при панкреатитах, подтверждающие эту точку зрения (Ф. И. Дуденко, 1966). При остром экспериментальном панкреатите автором была обнаружена выраженная дистрофия как в корковой, так и в мозговой части надпочечников, отек, кровоизлияния, участки некроза. Гистохимические исследования показали также уменьшение содержания липидов, аскорбиновой кислоты в цитоплазме, что, по мнению автора, свидетельствует о нарушении функциональной деятельности.

На основании фактов снижения функциональной активности надпочечников трудно сделать вывод о патогенетическом значении этого фактора для течения воспалительного процесса в поджелудочной железе. Не исключено, как считает Т. В. Поздняков (1965), что уменьшение надпочечниковой активности оказывает благоприятное действие на патологический процесс в поджелудочной железе. Поэтому гормональная терапия должна применяться по индивидуальным показаниям.

Безусловным показанием к эпинефральной терапии является возникновение при этом заболевании циркуляторных расстройств. Следует только помнить об очень существенном факте. Как показали наши предыдущие исследования, под действием трипина резко снижается чувствительность сосудов даже к самым мощным вазопрессорам (гидрокортизон и норадреналин). Своевременная антиферментная терапия оказывает противошоковое действие (О. С. Кочнев и В. Е. Волков, 1966). В связи с этим борьба с циркуляторными расстройствами при остром панкреатите должна вестись не только с помощью вазопрессоров, но и с обязательным участием антиэнзимов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дуденко Ф. М. Комплексная патогенетическая терапия острого панкреатита. Автореф. канд. дисс., Харьков, 1966. — 2. Кочнев О. С., Волков В. Е. Вестн. хир., 1966, 8. — 3. Матлина Э. Ш., Киселева З. М., Сафиева И. Э. В кн.: Методы исследования некоторых гормонов и медиаторов. М., Медицина, 1965. — 4. Поздняков В. Т. Вестн. хир., 1965, 1. — 5. Уваровская О. М. Пробл. эндокр., 1956, 3. — 6. Bernard A. Les pancreatites aiguës. Paris, 1963.